

新医师上岗必备丛书

XINYISHI SHANGGANG BIBEI CONGSHU

付建柱 主编

WAIKE
XINYISHI
SHOUCE

外科 新医师手册

问诊——哪些病史必须问



查体——哪些体征重点查



检查——哪些检查应该做



诊断——哪些疾病要排除



治疗——怎样治疗更有效



化学工业出版社
生物·医药出版分社

新医师上岗必备丛书

外科新医师手册

付建柱 主编



化学工业出版社
生物·医药出版分社

· 北 京 ·

本书详细论述了外科新医师如何询问病史、查体中应注意哪些体征、其他临床辅助检查、如何诊断和鉴别诊断、如何选择治疗方案等。在治疗部分用处方的形式列出不同方案，并对处方及药物的使用做出详细说明。书中还对新医师如何尽快胜任外科临床工作给出具体的建议和指导。本书可弥补新医师工作经验的不足，可帮助新医师对外科患者进行独立诊治。

图书在版编目 (CIP) 数据

外科新医师手册/付建柱主编. —北京:
化学工业出版社, 2008. 5

(新医师上岗必备丛书)

ISBN 978-7-122-02714-6

I. 外… II. 付… III. 外科-疾病-诊
疗-手册 IV. R6-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2008) 第 059337 号

责任编辑: 赵兰江 蔡 红 文字编辑: 何 芳

责任校对: 李 军 装帧设计: 张 辉

出版发行: 化学工业出版社 生物·医药出版分社

(北京市东城区青年湖南街 13 号 邮政编码 100011)

印 装: 北京市彩桥印刷有限责任公司

787mm×960mm 1/32 印张 12¼ 字数 310 千字

2008 年 9 月北京第 1 版第 1 次印刷

购书咨询: 010-64518888 (传真: 010-64519686)

售后服务: 010-64518899

网 址: <http://www.cip.com.cn>

凡购买本书, 如有缺损质量问题, 本社销售中心负责调换。

定 价: 25.00 元

版权所有 违者必究

编写人员

- 主 编 付建柱
副主编 于则利 张立军
编 者 (以姓氏笔画为序)
于则利 (首都医科大学附属北京同仁医院)
于 涛 (首都医科大学附属北京同仁医院)
王家和 (首都医科大学附属北京同仁医院)
计嘉军 (首都医科大学附属北京同仁医院)
卢 猛 (首都医科大学附属北京同仁医院)
付建柱 (首都医科大学附属北京同仁医院)
乔鲁东 (首都医科大学附属北京同仁医院)
佟 刚 (首都医科大学附属北京同仁医院)
张立军 (首都医科大学附属北京同仁医院)
张家亮 (首都医科大学附属北京同仁医院)
姜 涛 (首都医科大学附属北京天坛医院)
顾树明 (首都医科大学附属北京同仁医院)
曹 勇 (首都医科大学附属北京天坛医院)
蒋 俭 (首都医科大学附属北京同仁医院)
谭正力 (首都医科大学附属北京同仁医院)

前 言

优秀的外科医生不但要有精湛的手术操作技巧，还要有深厚的理论知识。对于进入外科临床工作时间不长的年轻外科医师来说，如何快速地掌握临床所需要的理论知识，并能很快掌握常见、多发疾病的基本处理原则是非常重要的。这时期的年轻外科医师往往发现他们使用的教科书理论性太强，对于如何具体处理病人并没有详细的说明，大型的参考书又过于繁琐，不能很快地找到所需的内容。因此，我们编写了本书。本书适合刚进入或在外科系统内轮转的年轻住院医师和实习医师参考，本书的主要内容突出常见、多发疾病的问诊和查体注意事项、诊断要点、治疗方案的选择，并以处方的形式列出了常用药物治疗方法，对常见手术单独进行简单扼要的介绍。

希望本书能够帮助年轻外科医师提高自己临床工作能力，帮助外科医师对外科常见、多发疾病进一步了解和掌握。

限于篇幅，本书未对疾病的病因、病理生理等基础知识做详细的介绍，此部分内容建议阅读外科学专著。由于编者水平有限，本书难免有错误、疏漏之处，敬请指正。

编 者

2008 年 4 月

目 录

第1章 外科医生的培养	1
第1节 外科医生的医德修养	1
第2节 临床工作指导	2
第3节 外科病历书写	5
第2章 抗生素的合理使用	12
第3章 外科疾病患者的营养支持	22
第4章 外科休克	30
第1节 休克的监测	30
第2节 低血容量性休克	32
第3节 感染性休克	38
第5章 水、电解质和酸碱平衡紊乱	43
第1节 等渗性缺水	43
第2节 低渗性缺水	45
第3节 高渗性缺水	46
第4节 水中毒	48
第5节 低钾血症	49
第6节 高钾血症	50
第7节 低钙血症	52
第8节 高钙血症	53
第9节 镁缺乏	54
第10节 镁过多	55
第11节 代谢性酸中毒	56
第12节 代谢性碱中毒	58
第13节 呼吸性酸中毒	59
第14节 呼吸性碱中毒	60
第6章 外科患者的术前准备	62
第7章 外科患者的术后处理	69
第8章 麻醉	78

第 9 章	腹腔镜外科	97
第 10 章	甲状腺疾病	105
第 11 章	乳腺疾病	123
第 12 章	腹部外伤	134
第 13 章	外科急腹症	144
第 14 章	腹外疝	151
第 15 章	肝脏疾病	161
第 16 章	胆道疾病	172
第 17 章	门静脉高压症	183
第 18 章	胰腺疾病	190
第 19 章	胃十二指肠疾病	200
第 20 章	肠疾病	215
第 21 章	直肠肛管疾病	228
第 22 章	急性阑尾炎	241
第 23 章	周围血管疾病	247
第 24 章	颅脑外伤	256
第 25 章	颅内肿瘤	264
第 26 章	脑血管病	271
第 1 节	颅内动脉瘤	271
第 2 节	脑动静脉畸形	281
第 3 节	高血压脑出血	284
第 27 章	胸部创伤	289
第 28 章	肺部疾病	296
第 29 章	食管疾病	306
第 30 章	肾脏疾病	312
第 31 章	前列腺疾病	319
第 32 章	膀胱疾病	328
第 33 章	泌尿系结石	334
第 34 章	骨折、脱位	340
第 35 章	手外伤	353
第 36 章	脊柱疾病	360
第 37 章	骨肿瘤	368
第 38 章	骨与关节感染	375

第1章

外科医生的培养

— 第1节 外科医生的医德修养 —

医德修养是指医务人员在医学道德方面所进行的自我教育、自我锻炼和自我陶冶过程，以及在此基础上达到的医德境界。一个外科医生的医德修养具体体现在如何看待患者、如何看待自己以及如何看待和处理医生与患者的关系。一个合格的外科医生所需要的绝不仅仅是高超的技术，还必须有良好的医德修养。如果没有良好的医德修养，技术就很可能成为赚钱的工具，而不是治病救人的手段。

1. 要尊敬师长

医学是一门需要言传身教的科学，尤其是外科。很多技巧是不能从书本中获取的，很多经验更需要高年资医师的传授，所以一定要尊敬师长、尊重权威。还要用与老师相同的精神对待自己的学生，毫无保留地将知识传授给学生，认真、细致地对实习学生和低年资医师进行带教。

2. 要把治病救人放在第一位

一个治病救人的医生，应当具有爱人助人的仁爱精神，关心患者，爱护患者，帮助患者解除疾苦。在市场经济条件下，由于商品经济的竞争性、求利性，金钱的诱惑和利益的驱动，使少数医务人员忽视了道德修养，见利忘义。当然，医生也是人，也需要生活，但是只为了追求利益，而把治病救人的主要职责舍弃了，那就不配称为医生了。

3. 不要不懂装懂，用患者做实验

“术业有专攻”，每个人都有自己的专长，目前医学分工越来越细，对于没有把握的患者应当请教上级医师，并推荐给更擅长的医生处理，切不要为了“面子”，随便处理，更不能不经过详细的检查就轻易下结论。一个错误的手术方案可能会给患

者带来永不磨灭的伤痛，同时也将给医生的职业生涯带来污点。

4. 对待患者要不分贫富，一视同仁

在目前的医疗条件下，针对患者的经济情况制定合适的治疗方案是合理的，但不能因为患者的经济条件不好就轻视患者，这是不允许的。更不能侮辱患者或者患者的家属。

5. 要为患者保密

医生的工作对象是患者的身体，往往知道许多患者的隐私，不论出于什么原因，泄露患者的隐私是不允许的。就是关于患者其他方面的细节，如家庭的、与其他人之间的关系等，也不应当泄露。

随着社会进步和经济的发展，人们对生存观念向更高、更好的方向发展，同时也对医务人员提出了新的更高的要求。作为新时代的外科医生，不但要注意学术的修养，更要注意医德修养，只有这样才能成为一个受人尊敬的外科医生。

第2节 临床工作指导

一个优秀的外科医生需要的不仅是高超的技术，还要有渊博的知识、高尚的品德、良好的修养。这一切的养成需要在最平常的工作中完成，这就要求外科医生在日常的工作中始终保持良好的心态、端正的态度，认真做好每一件事，养成良好的工作习惯，只有这样才能成为一个受人尊敬的外科医生。

一、接诊患者

医生与患者的初次接触发生在接诊患者时，此时医生对患者的第一印象很大程度上影响了患者对医院的形象及信任程度，也就影响了下一步的诊疗过程是否能顺利进行。

因此要求医生应当举止端庄、态度和蔼、语言亲切，应使患者感到你是可以信赖的。对危重患者可以边询问、边检查、边抢救，以免延误病情；在抢救患者的过程中，一定要镇静自如，切忌紧张慌乱，否则患者及家属将对你的能力产生怀疑。

接诊患者时对病史的采集要全面、体检要详细、辅助检查要客观，不仅要看到局部，而且要看到整体；不仅要注意器质性疾病，而且要注意功能性病变；不仅要考虑常见病，也要考

虑罕见病等。要具有高度的责任感、认真负责的工作精神和对临床资料全面综合客观的掌握。

二、查房

(1) 日常查房 青年医师应当提前半小时入科，巡视所管床位的患者，及时准确地掌握患者的病情，发现问题应及时处理，处理不了的问题应及时向上级医师汇报。

遇到具有代表性的典型病例及疑难病例时，应查阅相关资料，进行理论学习，只有这样才能不断提高自己。进行病例讨论时，新医师要积极发言、认真记录，努力掌握疾病的诊断原则和鉴别诊断，并通过问答补缺查漏，扫除与该疾病相关的从基础知识到临床知识的盲点。

(2) 要认真对待三级医师查房工作 查房前应当温习病历，对最新的病情变化和辅助检查结果要了然于心，上级医师查房时能够准确、清楚地汇报病情，并结合上级查房医师的分析讲解；查房结束后，及时认真地书写上级医师查房记录，内容要真实全面地反映查房医师分析讲述的要点。

(3) 值夜班时先巡视一遍病房，对危重患者的现况要重点掌握；查阅当日回报的各种检查报告单，及时处理危及生命的紧急情况。不清楚诊疗方法时，及时请有关科室会诊及请示本科上级医师。

三、医患沟通

随着医学模式的转变，医务人员必须树立以患者为中心的服务理念，将人性化理念融入医疗服务的全过程。在医疗过程中要培养“爱伤”观念，主动、真诚地与患者进行沟通，将患者利益放在第一；要维护患者的利益和尊严。

在和患者沟通的过程中不但要考虑到患者的年龄、性别、职业、文化背景、认知能力，还要了解患者对疾病的期望值、心理承受能力，及时掌握他们的情绪变化，选用恰当的方式，及时、明确地与患者及家属进行交流，达到好的效果。

在实施治疗方案时，无论患者的年龄、性别、职业、收入，也无论经济状况、社会地位如何，都要一视同仁、平等对待。沟通的语言应当真诚、热情、明确、易懂。有时候医生不经意

的一句话就可能导致患者产生很大的心理变化。

要区分开工作和生活的关系，注意控制自己的心境，不能把工作之外的情绪和因工作压力产生的不良情绪带到与患者的交流中。

四、医疗风险与规避

随着社会风气的转变和法律意识的深入人心，医患之间很容易产生这样那样的纠纷，甚至是法律问题。这也对外科医生的日常工作带来了很大影响，因此在日常的工作中要有法律意识，要时刻注意规避医疗风险，做到按诊疗常规办事。不能受患者、家属及自身情绪的影响。

其实在日常的医疗工作中，大多数的纠纷都是医生和患者缺乏沟通导致的，所以一定要重视与患者及家属的沟通，只有这样才能有效地避免产生纠纷，如果产生纠纷，也不必慌张，应当尽快地报告上级医师，尽量通过与患者及家属的沟通把问题解决，实在难以解决的问题可以提交医院的职能部门处理。

对于年轻医师来说，一定要做到以下几点：

① 一切的诊疗工作一定要按诊疗常规处理，切不可擅作主张、随意更改治疗方案。

② 对患者要充分告知疾病的状况、检查和诊断的结果、主要治疗措施以及下一步治疗方案等；实行手术、有创检查前，要对可能出现的风险、并发症及预后等向患者及家属讲明，并履行签字制度。

③ 进行任何的医疗行为，都应当有对应的记录，在“举证倒置”的时代，没有记录，就说明你没有作为，那就没有证据证明你进行了正确的处理、操作。所以一定要注意医疗记录的完整性，对接诊患者、患者处理、交接班等所有的诊疗操作都要有记录，做到有据可查。

④ 对相关医疗费用的使用要进行必要的解释、说明，贵重药品和高值医用耗材使用前要签字。

⑤ 对病情不明确的患者，还有治疗上有争议的患者，不要随意与患者和家属谈论病情和治疗方案，要等科室通过讨论有了结论以后，再告知患者及家属，以免给患者留下“不可靠”的印象。

第3节 外科病历书写

一、基本要求

① 病历书写应当内容完整、真实，语句简练，重点突出，层次分明，字迹清楚。

② 住院病历必须用蓝黑钢笔书写，门（急）诊病历和需复写的资料可以使用蓝色或黑色圆珠笔书写。

③ 病历书写应当尽量使用医学术语和中文，通用的外文缩写和无正式中文译名的症状、体征、疾病名称等可以使用外文。

④ 各种症状和体征要用医学术语记录，对患者提及的既往疾病、手术名称、药品应加用引号，如“阑尾切除术”。

⑤ 病案和各种医疗文书记录的所有栏目，包括眉栏，必须认真填写，不得遗漏，无可填写内容处写“无”。

⑥ 书写过程中出现错字时，用双线划掉错字，不得采用刮、粘、涂掩盖或除去原来的字迹，要能清楚辨认错字。

⑦ 病历书写空白行或空白行以下的应注明“空白”或“以下空白”。

⑧ 各项记录必须有完整日期，可采用24小时制，如2007年6月27日下午2时5分可写作2007.06.27.14:05；也可采用12小时格式书写，用AM代表上午，PM代表下午，中午12时为12N。

⑨ 医嘱内书写药名可用中文或英文、拉丁文，写明药物名称、剂型、剂量、用量、用法，但同一种药不能用两种文字混写（如VitC片）或化学符号（如KCl、NaCl），医嘱内容取消时用红色钢笔在取消的医嘱上标明“取消”并签名。

⑩ 各项记录结束时必须签全名，并做到清楚易认，无医师资格者，须有上级医师签字。

⑪ 实习医师、进修医师和无医师资格的住院医师书写的各项病历文书，必须经其上级医师审阅修改并签字。如修改过多（每页3处以上），应重新抄写。

二、外科住院病历的基本项目及要求

1. 住院病历

住院病历是指患者入院后，由经治医师通过问诊、查体、辅助检查获得有关资料，并对这些资料归纳分析书写而成的记录。书写形式可分为入院记录、再次或多次入院记录、24小时内入出院记录、24小时内入院死亡记录。入院记录、再次或多次入院记录应当于患者入院后24小时内完成；24小时内入出院记录应当于患者出院后8小时内完成，24小时内入院死亡记录应当于患者死亡后即时完成。住院病历的主要内容如下。

(1) 一般情况 内容包括姓名、性别、年龄、民族、婚姻状况、出生地、职业、入院日期、记录日期、病史陈述者。

(2) 主诉 指促使患者就诊的主要症状（或体征）及持续时间，一般不超过20个字。

(3) 现病史 指患者本次疾病的发生、演变、诊疗等方面的详细情况，应当按时间顺序书写。内容应包括：

① 发病的时间、缓急，可能的病因和诱因。

② 主要症状（或体征）出现的时间、部位、性质、程度及其演变过程。

③ 伴随症状的特点及变化，对具有鉴别诊断意义的重要阳性和阴性症状（或体征）亦应加以说明。

④ 对患有与本病有关的慢性病者或旧病复发者，应着重了解其初发时的情况和重大变化以及最近复发的情况。

⑤ 发病以后曾进行过何种诊疗（包括诊疗时间、地点，检查结果，诊断，用药名称及其剂量、用法，手术方式，疗效等）。

⑥ 如果有两种或两种以上疾病同时发病，应另起一段叙述。

⑦ 发病以来的一般情况，如精神、饮食、睡眠、大小便和体重的变化等。

(4) 既往史 指患者过去的健康和疾病情况。内容包括既往一般健康状况、既往疾病史、传染病史、预防接种史、手术外伤史、输血史、药物过敏史等。

(5) 个人史 患者出生、成长及居留的地点和时间，是否为疫区和地方病流行区，生活是否规律，有无烟酒嗜好及其摄入量（如吸烟20支/日×20年；饮酒100g/d×20年），有无其

他异嗜物和麻醉毒品摄入史，有无重大精神创伤史，有无与有毒有害物质接触史等。

(6) 婚姻、月经及生育史 记录患者结婚与否、结婚年龄、配偶健康状况，是否近亲结婚。若配偶死亡，应写明死亡原因及时间。女性患者应询问月经情况，记录格式如下：

月经初潮年龄 月经周期（天）/经期间隔天数 末次月经时间（或绝经年龄）

说明既往月经是否规律，经量、颜色是否正常，有无痛经，白带情况（多少及性状）等。已婚女性妊娠胎次、分娩次数，有无流产、早产、死产、手术产、产褥热史，计划生育情况等。

(7) 家族史 应记录家族中是否有类似疾病患者，父母及兄弟姊妹是否健在，有无遗传性疾病，如死亡者写明死亡原因。

(8) 体格检查 应当按照系统循序进行书写。内容包括体温、脉搏、呼吸、血压，一般情况，皮肤、黏膜，全身浅表淋巴结，头部及其器官，颈部，胸部（胸廓、肺部、心脏、血管），腹部，直肠肛门，外生殖器，脊柱，四肢，神经系统等。

(9) 专科情况 应当根据专科需要记录专科特殊情况，可按视、触、扣、听、特殊检查顺序书写。

(10) 辅助检查 指入院前所做的与本次疾病相关的主要检查及其结果。应当写明检查日期，如系在其他医疗机构所做检查，应当写明该机构名称。

(11) 初步诊断 是指经治医师根据患者入院时情况，综合分析所作出的诊断。如初步诊断为多项时，按排列原则分行列出。诊断名称较复杂者，可依病因学诊断、病理学诊断、解剖学诊断、病理生理学及功能诊断顺序排列。

2. 首次病程记录

指患者入院后由接诊医师书写的第一次病程记录，应当在患者入院8小时内完成。

(1) 一般项目 患者姓名、性别、年龄、入院主诉、入院时间、入院途径（门诊、急诊或转院）。

(2) 病历摘要 包括重要的现病史、既往史、阳性体征、有意义的辅助检查结果。

(3) 初步诊断 包括主要、次要的疾病。

(4) 诊断依据 主要综合支持诊断的病史、查体及辅助检

查的要点进行概括性说明。

(5) 鉴别诊断 要至少列出两个类似的疾病,并列出鉴别要点。对于诊断尚不明确的可以针对可疑诊断进行讨论及分析,鉴别诊断应抓住要点,有分析、有见解,能反映医师临床思维活动情况。

(6) 初步诊疗计划 制定目前正进行或拟进行的诊疗措施,诊疗计划不能过于笼统,主要是指针对患者需要进行的具体的检查、治疗方案。避免“请示上级医师”、“完善各项检查”等字样。一般三大常规、临时采取的措施、对症治疗和急救措施均不列入诊疗计划。

3. 日常病程记录

患者入院后3天内,每日要求有病程记录,术后患者3天内每天要至少有病程记录1次。如病情平稳可每1~3天一次,若病情危重或病情变化应随时记录病情及治疗情况。

4. 上级医师查房记录

患者入院后,应在24小时内完成主治医师查房记录,包括对患者病史、查体、辅助检查的补充及详细分析,患者的诊断及处理意见。72小时内应当完成主任医师或副主任医师查房意见。每周至少各有一次主任医师、主治医师查房记录。

5. 术前小结

在所有手术治疗前,均应书写术前小结,内容包括患者的基本情况、目前的诊断、拟行的麻醉和手术方式、围手术期的注意事项等。

6. 术前讨论

中等以上手术均应进行病例讨论,并对讨论内容进行记录,包括讨论时间、地点、参加人员,讨论要针对患者的诊断及手术方案,对有可能出现的意外和风险要有适当的防范措施。

7. 手术或有创检查、操作同意书

任何有创的检查和治疗均应签署知情同意书,应由手术参加者或主要操作者进行交代,然后由患者本人签署同意书,医师向患者告知拟施手术、操作的相关情况,患者目前诊断、手术或操作名称、术中或术后可能出现的并发症、手术风险等。如患者因病无法签字或不具备完全民事行为能力时,可由其亲

属签署；在对危重患者进行抢救时，如法定代理人或亲属、关系人无法及时签字，可由医院医务处的负责人或医院总值班人员签字批准后实施。因实施保护性医疗措施而不宜向患者说明情况的，应当将有关情况通知患者亲属，由患者亲属签署同意书，同时签署委托书，并及时记录。

8. 手术记录

手术记录应由术者或第一助手在手术后尽快完成，时间最长不能超过 24 小时。手术记录应详细记录手术的全过程，包括手术日期及时间、手术前诊断、手术名称、手术后诊断、参加手术的医务人员、麻醉方法和麻醉人员、手术过程等。手术过程包括患者体位、皮肤消毒及铺巾方法，手术切口、显露方法，探查过程和发现，决定继续手术的依据，手术的主要步骤，所用缝线的种类和号数，缝合方式，引流材料及其放置位置和数目，留送何种标本检验、培养或病理检查，标本的名称、形态、性质和数量，术中及手术结束时患者的情况和麻醉效果，出血量及输血量等。术中如遇意外，应详细记录其抢救措施及过程。

9. 术后志或术后首次病程记录

术后志或术后首次病程记录是指参加手术的医师在患者术后即时完成的病程记录。内容包括手术时间、术中诊断、麻醉方式、手术方式、手术简要经过、术后处理措施、术后应当特别注意观察的事项等。

10. 抢救记录

抢救急、危患者时，应随时记录相关抢救情况，确实未能及时书写记录的，有关医务人员应当于抢救结束后 6 小时内据实补记。记录项目应包括时间、地点、患者情况、处理措施、抢救结果，参加、指挥抢救的上级医师意见等。记录抢救时间应当具体到分钟。

11. 阶段小结

如患者住院时间超过 1 个月，应当书写阶段小结，对 1 个月来的诊疗过程进行总结。应包括入院时情况、入院诊断、诊疗经过、目前情况、目前诊断、下一步诊疗计划。交接班记录、转科（入）记录可代替阶段小结。

12. 交接班记录

对同一科室不同专业组之间，或由于其他原因需要更换主

管医师时需要书写交接班记录，格式可参考阶段小结。

13. 转科（入）记录

患者转出（转入）需要书写转科（入）记录。内容包括患者基本情况、转科原因、入院时情况、入院诊断、诊疗经过、目前情况、目前诊断、转入后注意事项（下一步诊疗计划）。

14. 死亡记录

死亡记录指经治医师对死亡患者住院期间诊疗和抢救经过的记录，应当在患者死亡后即时完成。内容包括入院日期、死亡时间、入院情况、入院诊断、诊疗经过（重点记录病情演变、抢救经过）、死亡原因、死亡诊断等。记录死亡时间应当具体到分钟。

15. 死亡病例讨论记录

死亡病例讨论记录是指在患者死亡1周内、特殊病例2天内及时进行，尸检病例待尸检报告后进行，由科主任或具有副主任医师以上专业技术职务任职资格的医师主持，对死亡病例进行讨论、分析的记录。内容包括讨论日期、主持人及参加人员姓名、专业技术职务、讨论意见、最后诊断、死亡原因等。

16. 疑难、危、重病例讨论记录

疑难、危、重病例讨论记录是由科主任或具有副主任医师以上专业技术职务任职资格的医师主持、召集有关医务人员对确诊困难或疗效不确切病例讨论的记录。内容包括讨论日期、主持人及参加人员姓名、专业技术职务、讨论意见、结论等。

17. 会诊记录

会诊记录是指患者在住院期间需要其他科室或者其他医疗机构协助诊疗时，分别由申请医师和会诊医师书写的记录。内容包括申请会诊记录和会诊意见记录。申请会诊记录应当简要载明患者病情及诊疗情况、申请会诊的理由和目的，应有申请会诊医师签名等。会诊意见记录应当有会诊意见、会诊医师所在的科别或者医疗机构名称、会诊时间及会诊医师签名等。

18. 出院记录

出院记录是指经治医师对患者此次住院期间诊疗情况的总结，应当在患者出院后24小时内完成。内容主要包括入院日期、出院日期、入院情况、入院诊断、诊疗经过、出院诊断、出院情